
.Net
La Faculté
Seek Knowledge





Comité Pédagogique de Pneumophtisiologie
Module de pneumophtisiologie 4eme année

Examen final 6eme période 27 juin 2012.

Cas clinique N° 1

Patient âgé de 65 ans, retraité mineur (mine de charbon), fumeur 1 paquet/j pendant 30 ans, aux antécédents d'HTA , diabète type II, et tuberculose pulmonaire il y'a 20 ans, tousse et crache depuis 10 ans, le patient consulte pour toux productive, dyspnée avec sifflements évoluant depuis 3 mois.

L'examen clinique: retrouve un patient en état général conservé : la FR 25 cycles/mn, la FC 95 bats/mn, la TA 150/80, la T : 37.5, la Sa02 = 92% en air ambiant.

L'examen pleuro pulmonaire retrouve un thorax distendu, avec diminution de l'ampliation thoracique, un tympanisme bilatéral, une diminution des vibrations vocales, et du murmure vésiculaire. Le reste de l'examen somatique est sans particularité.

1- Le diagnostic de BPCO est évoqué sur les éléments :

1. Exposition professionnelle
2. Tabagisme
3. Les antécédents de tuberculose NAP : 0,5
4. L'âge
5. Symptômes cliniques respiratoires

A 1+2 B 3+4 C 2+3 D 1+3 E 2+5

2- Pour confirmer le diagnostic vous demandez :

1. Radiographie thoracique de face et de profil
2. DEP
3. Spirométrie de base NAP : 1
4. TDM thoracique
5. Spiromètrie avec test de réversibilité sous bronchodilatateurs

A 1+2 B 2+3 C 1+5 D 1+3 E 4+5

Les résultats vous parviennent :

Radiographie thoracique de face et de profil : raréfaction de la trame vasculaire au niveau périphérique avec signes de distension, augmentation de l'espace clair retro sternale.

TDM thoracique : multiples bulles d'emphysème au niveau des 2 lobes supérieurs. Le DEP = 340 litres/mn

Spiromètrie de base : CV 90% de la CV théorique, VEMS 55% du VEMS théorique VEMS/CV à 60% de la valeur théorique Le test de réversibilité après inhalation de bronchodilatateurs objective une augmentation de 80 ml (4%) du VEMS.

3- Ces résultats évoquent un trouble ventilatoire :

A. obstructif modéré non réversible sous bronchodilatateurs.
B. obstructif modéré réversible sous bronchodilatateurs
C. obstructif sévère non réversible sous bronchodilatateurs NAP 1
D. restrictif
E. mixte

4- Le traitement à préconiser est :

1. un bronchodilatateur de courte durée d'action par voie inhalée.
2. un bronchodilatateur de longue durée d'action par voie inhalée. NAP :0 ,33
3. un anti cholinergique par voie inhalée. .
4. Une théophylline per os.
5. Un corticoïde par voie inhalée.

A 1+2 B 1+3 C 2+3 D 1+5 E 2+4

5- La mesure indispensable à proposer pour ce patient est :

A) Sevrage tabagique
B) Vaccination antigrippale
C) Vaccination antipneumococcique NAP 0,25
D) Kinésithérapie respiratoire
E) antibiothérapie prophylactique.

Cas clinique N°2:

Une femme de 27 ans, célibataire, couturière de profession tabagique 10 P/A non sevrée, consulte pour dyspnée sifflante et douleur de la base de l'hémithorax droit évoluant depuis 8 heures.
L'interrogatoire retrouve, un pneumothorax partiel droit traité par exsufflation il y a sept ans, et des épisodes de toux et de dyspnée sifflante déclenchés par la poussière depuis l'âge de 17 ans traité par des beta2 sympathicomimétiques et corticoïdes inhalés en cures courtes de façon irrégulière. Depuis 2 mois ces épisodes de dyspnée et sifflements surviennent plusieurs fois par semaine et cèdent après traitement par salbutamol en spray.
A l'examen clinique : la patiente est en bon état général, la FR: 24/mn, la FC : 98/mn, La TA : 120/60mmHg, la température : 37,2°C, Le poids = 64 kg, la taille = 1,70m
L'examen pleuropulmonaire : râles sibilants diffus aux deux champs pulmonaires .
Le reste de l'examen clinique est normal. La radiographie thoracique de face retrouve des signes de distension thoracique.

6- Quel est le diagnostic à évoquer?

A- récidive de pneumothorax.
B- embolie pulmonaire. NAP 0,50
C-crise d'asthme.
D-exacerbation de BPCO.
E-asthme aigu grave.

7- les examens à demander en urgence sont :

1 – SAO2

2- DEP NAP 0,50

3- Dosage des D-dimères.

4- Gazométrie sanguine.

5. FNS

A : 1+4 B : 1+2 C : 2+3 D : 1+3 E : 3+4

La SAO2 : 93%, le DEP : 55 % théorique, les D-dimères : 474 ng/ml (Normale < 550 ng/ml), la gazométrie sanguine artérielle en air ambiant : PaO2 : 80mmHg, PaCO2 : 32 mm Hg, pH : 7,44. FNS GR 4,2 millions, Hb 12g/dl, GR 9600 élts/mm^3 (N 80%, B 0%, E 0%, M 0%, L 20%).

8- le traitement préconisé sera :

1. Adrénaline en sous cutané.
2. béta 2-sympathicomimétique en nébulisations.
3. Anticoagulants.
4. Corticothérapie à 0,5 à 1 mg/kg/j par voie générale. NAP 0,50
5. béta 2-sympathicomimétique en sous cutané

A : 1+5 B : 2+4 C : 2+3 D : 1+4 E : 4+5

Après 12 heures de traitement, l'examen de la patiente retrouve : la FR: 20 cycles/mn, la FC : 78 bats/mn, le DEP : 70 % de la valeur théorique, des râles sibilants localisés au sommet droit, la SAO2 à 95%.

9- A sa sortie la patiente recevra le traitement suivant :

1. Antibiotique.
2. bronchodilatateur de courte durée d'action.
3. anticoagulant. NAP 1
4. Association Corticoïde inhalé avec bronchodilatateur de longue durée action 2/j.
5. corticoïdes per os : 0,5 mg/kg/j .

A : 1+2 B : 2+4 C : 1+3 D : 4+5 **E : 2+5**

Cas clinique N° 3

un homme de 60 ans ex fumeur 1p/j pendant 15 ans sevré il y'a 20 ans artisan en céramique pendant 20 ans, aux antécédents d'HTA depuis 3 ans et dyspnée d'effort évoluant depuis un an consulte pour aggravation de la dyspnée, toux et expectoration purulente évoluant depuis 15 jours. L'examen clinique : la FC 100 bats/mn, la FR 24 cycles/mn, la TA 12/08, la T°37°8, la Sao2 : 91%. L'examen pleuro- pulmonaire retrouve des râles crépitants diffus aux deux hémithorax. Le reste de l'examen somatique est sans particularité. La radiographie thoracique de face objective des opacités nodulaires denses diffuses aux deux champs pulmonaires.

10 - Les éléments d'orientation pour le diagnostic sont :

1. La fièvre
2. Le tabagique
3. L'exposition professionnelle
4. Les images radiologiques NAP 0 ,50
5. Les antécédents cardio vasculaire.

A 3+4 B 1+4 C 2+3 D 4+5 E 1+2

11- L'étiologie la plus probable de ce tableau radio-clinique est :

A. tuberculose
B. silicose
C. Asbestose NAP 0,33
D. OAP
E. Bactérienne

12- Quels sont les examens à demander pour étayer le diagnostic :

1. FNS + hémoculture
2. Bacilloscopie des crachats
3. ECG+ échocardiographie NAP 0 ,33
4. Gaz du sang
5. Spirométrie.

A 1+2 B 1+3 C 2+4 **D 2+5** E 4+5

Les résultats vous parviennent : FNS : GB : 13000 élts/mm3 (N=85%, L=14%, M=1%, E=0%), Hg 12g/dl, plaquettes 150.000/mm3, GR= 4 millions/mm3. 3 Hémocultures négatives. 3 bacilloscopies négatives.
ECG : signe HAD et HVD. Echocardiographie discrète dilatation des cavités droites PAP 28 mmHg, fonction d'éjection systolique 65%.
Gaz du sang : PH 7, Pa02 : 84mmHg, PaC02 42 mm Hg, HCO3- 28 meq/l. Spirométrie : CV 60% de la CV théorique, VEMS 55% du VEMS théorique, VEMS/CV= 90% du théorique, CPT 65% de la théorique.

13- Le trouble ventillatoire observé est de type:

A. restrictif avec hypoxie isolée
B. restrictif avec acidose respiratoire compensée NAP 1
C. obstructif avec acidose respiratoire compensée
D. obstructif avec hypercapnie
E. obstructif avec hypoxie isolée

14- Votre conduite sera :

A. Antibiothérapie double
B. Chimiothérapie anti tuberculeuse
C. Corticothérapie et déclaration de la maladie. NAP 0, 50
D. Diurétiques et digitaliques
E. Abstention thérapeutique.

Cas clinique N°4

Un homme de 58 ans fonctionnaire, consulte en urgence pour gène respiratoire et douleur thoracique droite apparue depuis 24h. L'interrogatoire retrouve un tabagisme à 30P/A et une dyspnée d effort évoluant depuis 10 ans.

L'examen clinique retrouve une cyanose des extrémités des doigts, un hippocratisme digital, la T° 37°2, la FR à 35 cycles /mn, la TA à 130/70mmhg, la FC à 100/mn.

L'examen pleuro pulmonaire: objective une hypersonorité, avec abolition des vibrations vocales et du murmure vésiculaire au niveau de l'hémithorax droit.

La radiographie thoracique montre une hyperclarté avasculaire occupant tout l'hémithorax droit, avec opacité ovalaire dense hilaire droite, le médiastin et la trachée sont refoulés vers le coté gauche.

15- Ce tableau évoque le diagnostic:

A. un cancer bronchique

B. un pneumothorax total droit NAP 0,50

C. une embolie pulmonaire

D une pneumonie alvéolaire

E. une bulle d'emphysème géant.

16- Quelle sera votre conduite thérapeutique:

A. Oxygénothérapie à fort débit

B. exsufflation à l'aiguille.

C. pleurotomie à minima NAP 0,50

D. Amoxicilline

E. anticoagulant

17- Quelle est la complication grave pouvant survenir:

A. Chronicité

B. Hémopneumothorax

C. Récidive NAP 0, 33

D. Mort subite

E. Insuffisance respiratoire chronique

Au 3eme jour de traitement l'examen clinique du patient retrouve un hippocratisme digital, la T° 37°4, la FR à 22 cycles /mn, la TA à 140/80mmhg, la FC à 98 bats/mn. L'examen thoracique : une distension thoracique avec diminution des vibrations vocales et du murmure vésiculaire au niveau des 2 hémithorax.

la radio thoracique : disparition de l'hyperclarté de l'hémithorax droit, avec raréfaction de la trame broncho vasculaire au niveau du 1/3 externe des 2 hémithorax, et une hyperclarté arrondie du sommet droit de 4 cm de diamètre entourée d'un fin liseré .

18- le diagnostic à évoquer est :

A. Pneumothorax droit
B. Dilatations des bronches
C. Staphylococcie pulmonaire NAP 1
D. Tuberculose cavitaire
E. Emphysème pulmonaire avec bulle.

19- Pour confirmer le diagnostic vous demandez :

1. Fibroscopie bronchique
2. FNS NAP 0,33
3. Spirometrie
4. Gazometrie sanguine
5. TDM thoracique

A.1+2 B.2+3 C.3+5 D.3+4 E.4+5

Cas clinique N° 5

Une femme âgée de 45ans, secrétaire de profession consulte pour toux sèche évoluant depuis 2 mois.

L'examen clinique retrouve une patiente en bon état général apyrétique ; la FC=100 bt/mn, la TA 130/70mm Hg la FR : 20cycles /mn. L'examen pleuro-pulmonaire est normal la cicatrice de BCG est présente. L'examen cutané retrouve des nodosités sous-cutanées violacées non douloureuses grossièrement arrondie de diamètre variant de 2 à 5 cm au niveau de la face antérieure des deux jambes. La radiographie thoracique montre des opacités hilaires bilatérales symétriques à bords externes réguliers et polycycliques.

20- Quels examens demandez pour étayer le diagnostic :

1. Une fibroscopie bronchique avec biopsies étagées
2. Une IDR à la tuberculine
3. 3 bacilloscopies avec culture NAP 0.25
4. Une TDM thoracique
5. Une échographie abdominale

A. **1+2** B. 2+3 C.1+4 D. 4+5 E.1+5

B.

Les résultats des examens vous parviennent : 3 bacilloscopies négatives. La fibroscopie bronchique retrouve une muqueuse bronchique inflammatoire sans signe de compression. Les biopsies étagées bronchiques: amas de cellules épithélioïdes, des cellules géantes entourées d'une couronne de lymphocytes.

La TDM thoracique : adénopathies siégeant au niveau de toutes les chaines ganglionnaires médiastinales et hilaires bilatérales non compressives, l'échographie abdominale est normale, L'IDR à la tuberculine est de 4 mm.

21- Ce tableau radio-clinique évoque le diagnostic ?

A. Tuberculose.

B. Sarcoïdose. NAP 0.25

C. Lymphome.

D. Métastase ganglionnaires médiastinales.

E. Viroses.

22- Vous complétez le bilan par:

A Une EFR

B Un bilan phosphocalcique NAP 0,25

C Une dosage de l'enzyme de conversion de l'angiotensine (ECA)

D Un examen ophtalmologique.

E Tous ces examens

Les résultats des examens vous parviennent : EFR : CV : 4.8l (90% CV théorique) VEMS / 3.9 l (85 % VEMS théorique) Tiffeneau 90 % de la valeur théorique. calcémie 90mg/l phosphorémie : 26 mg/l Le dosage de l'enzyme de conversion de l'angiotensine (ECA) = 70ng/l. l'examen ophtalmologique est sans anomalies.

23 - La conduite à tenir est :

A. Une chimiothérapie anticancereuse.

B. Une abstention thérapeutique avec surveillance. NAP 0.5

C. Une corticothérapie à 0,5mg/kg.

D. Un traitement symptomatique.

E. 02 RHZ/04RH.

24 La surveillance de cette affection repose sur les éléments :

A- Cliniques.

B-Radiologiques.

C-Immunologiques. NAP 0,25

D-Fonctionnelles.

E-Tous ces éléments

Cas Clinique N° 6

Un patient âgé de 34 ans, originaire et demeurant à Bou Saada, fumeur 10 P/A sans antécédents, consulte en urgence pour hémoptysie de petite abondance évoluant depuis deux jours.
A l'examen, le patent est en bon état général, le poids : 69 kg, la taille 1,70m, la T° 38,2°C, la FC 76 bt/mn, la FR : 24cycles/mn. L'examen de l'appareil pleuro-pulmonaire retrouve une sensibilité de la base de l'hémi thorax droit à la percussion. Le reste de l'examen est sans particularités. La radiographie thoracique de face montre une opacité arrondie de 6 cm de diamètre de la base droite à limites nettes avec effacement de la coupole diaphragmatique, surmontée à son pole supérieur d'une hyperclarté en croissant. Cette opacité se projette dans le lobe inférieur droit la radiographie de profil.

25- Quels sont les examens à demander :

1. Une sérologie amibienne
2. Une fibroscopie bronchique NAP 0.2
3. Une sérologie hydatique
4. Une échographie abdominale
5. Des bacilloscopies

A=1+2 B=2+3 C=3+4 D=4+5 E=1+4

Les résultats des examens vous parviennent : bacilloscopies sont négatives.
La fibroscopie bronchique retrouve un aspect inflammatoire de la bronche segmentaire basale droite. La sérologie hydatique est à 1/32, L'échographie abdominale montre une formation hypoéchogène de 7 cm de diamètre siégeant au niveau du segment V du foie. La sérologie amibienne est négative

26- Le diagnostic le plus probable chez ce patient est :

A –Un hématome intra cavitaire

B- Un abces hépatique

C-Un aspergillome intra cavitaire NAP 0.33

D Un amibiase hépato-pulmonaire

E- Un kyste hydatique fissuré.

27- L'examen utile pour le diagnostic est :

A- Une FNS NAP 0.25

B- Une échographie thoracique

C- Une TDM thoraco-abdominale

D- Une glycémie

E- Un bilan hépatique

Durant l'hospitalisation le malade présente brutalement des sueurs avec altération de l'état général, une douleur basithoracique droite, avec toux et expectoration fétide, une dyspnée a type de polypnée à 30 cycles /mn, la TA : 100/60 mm Hg, la FC : 110 b/mn et la T° 39°5 C.
L'examen pleuro-pulmonaire retrouve une matité de la moitié inferieure de l'hémithorax droit surmontée d'une hypersonorité avec abolition des vibrations vocales et du murmure vésiculaires.
La radiographie thoracique montre une opacité dense homogène de la moitié inferieur de l'hémithorax droit comblant le cul de sac costo-diaphragmatique, effaçant l'hémi coupole droite et le bord droit du cœur, à niveau ondulé surmontée d'une hyperclarté avasculaire s'étendant jusqu'au sommet de l'hémithorax droit. la ponction pleurale ramène un liquide purulent et fétide

28- Ce tableau radio-clinique évoque le diagnostic :

A- Abcès pulmonaire

B- Pyo pneumothorax tuberculeux

C- Hydatido-pyopneumothorax NAP 0,5

D-Hémopneumothorax

E- Amibiase pleuro-pulmonaire et hépatique.

29- La conduite à tenir en urgence est :

A- Oxacilline + Gentamycine NAP 0.33

B- 2 ERHZ /4 RH + pleurotomie

C- Céphalosporine+ Gentamycine .

D- Métronidazole +amoxicilline+ Gentamycine+ pleurotomie

E-Amoxiciline + Acide clavulanique + pleurotomie

Cas Clinique N° 7

Un homme de 66 ans tabagique 60 P/A chauffagiste aux antécédents de tuberculose pulmonaire à l'âge de 20 ans, consulte pour douleur scapulaire gauche, évoluant depuis trois mois et ne cédant pas sous traitement antalgique.

L'examen physique retrouve un patient en bon état général, la FR 22 cycles /', la FC 90 bats/', la TA 140/60 mm Hg, l a T° 37°c, L'examen somatique est sans anomalie.

La radiographie thoracique de face montre une opacité de 8 cm de diamètre dense homogène à limites irrégulières et des opacités nodulaires denses au niveau de la moitie supérieur de l'hémithorax gauche.

30- les facteurs de risques chez ce patient sont :

1- Le tabagisme

2-L'origine géographique NAP : 0.5

3-L' exposition professionnelle

4- Les antécédents tuberculeux

5-L'âge

A : 1-4 B : 1-5 **C : 1-3** D : 1-2 E : 4-5

31- le diagnostic le plus probable est :

A-Tuberculome

B-Kyste hydatique

C- Cancer bronchique NAP 0.5

D-Tuberculose pulmonaire

E-Tumeur bénigne

32 -Pour étayer le diagnostic vous demandez :

A. Des bacilloscopies

B. Une TDM thoracique

C. Une sérologie hydatique NAP 0.33

D. Une fibroscopie bronchique

E. Une biopsie transpariétale

Les examens demandes vous parviennent : 3 Bacilloscopies négatives, Sérologie hydatique : 1/16 TDM thoracique : formation tissulaire de 8 cm de diamètre à limites irrégulières au niveau du lobe supérieure gauche en contact avec la paroi thoracique et la veine cave supérieure avec adénopathies de la loge de Barety, et nodules calcifiés du segment antérieure du lobe supérieure droit.

-Fibroscopie bronchique : aspect inflammatoire diffus ; tous les orifices sont libres et cathéterisables, pas de néoformations visibles
-Biopsie transpariétale : prolifération cellulaire épithéliale associée à des cellules cylindriques mucosecrétantes avec coloration PAS et bleu alcian positive.

33-Quel est le diagnostic à évoquer :
A-Un carcinome épidermoïde
B- Un adénocarcinome NAP 1
C- Un carcinome à petite cellules.
D- Un carcinome à grande cellules.
E-Un carcinome indifférencié

34- Vous complétez le bilan par :
1-Une échographie abdominale
2-Une scintigraphie osseuse
3-Une TDM cérébrale NAP 0.25
4-Une TDM abdominale
5-Un gril costal

A : 1-2 **B : 1-3** C : 3-5 D : 3-4 E : 1-5

Cas clinique N° 8
Un patient âgé de 55 ans, tabagique 30P/A, marin de profession consulte pour une toux sèche évoluant depuis 03 mois avec céphalées intenses.
L'examen clinique : patient en état général conservé, bon état de conscience, la FR 20 cycles/mn, la FC 95 bats/mn, la TA 150/70 mm Hg, la T° 37,7°c
L'examen de l'appareil respiratoire: diminution des vibrations vocales et du murmure vésiculaire à la partie supérieur de l'hémithorax droit, le reste de l'examen clinique est normal.
La radiographie thoracique de face et de profil droit montre une opacité dense homogène rétractile systématisée du lobe supérieur droit.

35- Quel est l'examen à demander en priorité ?
A. Une Fibroscopie bronchique
B. Un EEG
C. Une TDM thoracique NAP 0.33
D. Une TDM cérébrale
E. Un fond d'œil

Les résultats vous parviennent : La fibroscopie bronchique aspect inflammatoire diffus de tout l'arbre bronchique avec infiltration sténosante de la bronche lobaire supérieure droite.
Les résultats de la biopsie bronchique: muqueuse d'aspect inflammatoire. La TDM thoracique montre une condensation rétractile du lobe supérieur droite avec multiples adénopathies médiastinales bilatérales. L'EEG est sans anomalies. Le fond d'œil retrouve un œdème papillaire

bilatéral. La TDM cérébrale retrouve une masse tissulaire de 3 cm de diamètre au niveau de la région temporale droite.

36- Vous décidez de ?
A. Refaire la fibroscopie avec biopsies bronchiques
B. une biopsie transpariétale NAP 0.33
C. Dosage de marqueurs tumoraux
D une biopsie transbronchique
E. Médiastinoscopie

L'étude histologique du fragment biopsique révèle une nappe de cellules monomorphes de petite taille au noyau basophile doté d'un petit nucléole aves des remaniements nécrotiques
Le dosage des marqueurs tumoraux est normal .

37- il s'agit
A. Lymphome malin
B. Thymome NAP 1
C. Adénocarcinome moyennement différencié
D. Carcinomes à petites cellules
E. carcinome épidermoide

38- Cette atteinte sera classée ?

A. T1NOMO
B. T2N2M1
C. T3N3M0 NAP 1
D. T4N3M1
E. T3N3M1

39- Quelle sera votre attitude thérapeutique ?
A- Une thoracotomie
B- Une radiothérapie cérébrale NAP 0.25
C- Une chimiothérapie
D- Une radiothérapie cérébrale + chimiothérapie palliative
E Un traitement symptomatique

Cas clinique N° 9
Un homme de 36 ans, sans profession, marié deux enfants, consulte pour toux productive avec fièvre à 37.8°c évoluant depuis un mois, sa femme a été déjà traitée pour tuberculose pulmonaire et déclarée guérie Il y a un an. L'examen clinique retrouve un patient pâle, le 52 kg, la taille 1m75, la TA:110/60 mmHg, la FC : 80 bats/mn, la FR : 22 cycles/mn.
L'examen de l'appareil respiratoire retrouve des râles crépitants au sommet de l'hémithorax gauche. La radiographie thoracique montre des opacités nodulaires associées à de multiples clartés arrondies au niveau de la moitié supérieure de l'hemithorax gauche. Deux bacilloscopies faites en urgence retrouvent 10 BAAR/champs et 20 BAAR/100champs.

40- Quelle est votre décision ?
1- demander un bilan hépatique et rénal
2- préciser les antécédents médicaux NAP = 0.50
3- Peser le patient
4- Rechercher la notion de contage tuberculeux
5- Demander une chimie des urines

A : 1+3 B : 1+4 C : 2+5 D : 3+5 E : 4+5

41- vous décidez de traiter par :
A. 2 SRHZ/4 RH.
B. 2 RHZ/4 RH. NAP = 1
C. 2 ERHZ/4RH
D. 2ERHZ/7RH
E. 2 SRHZE/ 1 RHZE/ 5 RHE.

Au contrôle du 2ème mois, l'examen des crachats retrouve : 20 BAAR/300 Champs.

42 Vous décidez de : NAP = 0.33
A- continuer le traitement et demander un test de sensibilité.
B- Arrêter le traitement et demander un test de sensibilité.
C- Continuer le traitement et demander un contrôle bactériologique et radiologique au 3ème mois de traitement.
D- Changer de traitement.
E- Continuer le traitement et faire un contrôle bactériologique et radiologique au 4ème mois de traitement.

43 - Pour le dépistage familial vous décidez de :
1. Pratiquer une IDR à la tuberculine pour les enfants de moins de 15 ans.
2. Administrer une chimiothérapie prophylactique aux personnes vivant sous le même toit.
3. D'isoler du malade
4. Pratiquer un dépistage radiologique des sujets contacts.
5. Demander des bacilloscopies à toute sa famille. NAP = 0,33

A : 3+4 B : 1+4 C : 4+5 D: 3+5 E: 1+5

Cas clinique N°10

Un homme de 40 ans, sans antécédents pathologiques, tabagique 20 paquets/année consulte pour toux sèche, dyspnée, douleur thoracique droite, et diarrhée évoluant depuis 4 jours traitées par amoxicilline 3g/j durant trois jours sans amélioration. L'examen clinique retrouve un patient en état général altéré, confus, fébrile à 39°C, la FC = 100b/mn, la FR = 24c/mn, la TA = 100/70mmHg. L'examen du thorax retrouve un syndrome de condensation de la moitié supérieure de l'hémi thorax droit. La radiographie thoracique de face montre une opacité dense homogène à limites irrégulières de la moitié supérieure de l'hémi thorax droit.

44 -- quels sont es éléments cliniques pouvant orienter le diagnostic ?
1. La fièvre
2. La confusion NAP = 0,50
3. La diarrhée
4. La non amélioration après traitement par l'amoxicilline
5. L'âge du patient

A 1+2 B1+3 C 2+3 D 2+4 E 4+5

45 Le germe suspecté est :
A. Pneumocoque
B. Hémophilus influenzae NAP = 0.33
C. Mycoplasme pneumonae
D. Légionella pneumophila
E. Staphylocoque doré

46 - quelle sera le traitement ?
A- Amoxicilline + acide clavulanique
B- Tétracycline
C- Erythromycine NAP = 1
D- Pénicilline
E- Oxacilline + Gentamycine

47 – Pour confirmer le diagnostic vous demandez :
1- examen bactériologique de l'expectoration
2- recherche d'antigènes solubles dans les urines, et d'anticorps dans le sang NAP = 0,33
3- examen bactériologie du liquide d'aspiration bronchique
4- recherche de germes par coproculture
5- sérologie à légionella

A =2+5 B= 2+4 C= 1+5 D = 3+4 E = 1+3

Cas clinique N° 11

Patiente âgée de 25 ans, étudiante, traitée pour dilatation de bronches depuis l'enfance consulte pour toux avec expectoration verdâtre, douleur basi-thoracique gauche et fièvre à 38,6°C évoluant depuis 5 jours.

L'examen clinique retrouve une patiente en état général conservé, la FR à 26 C/mm, la FC à 100 bats/mn, la TA à 110/60 mmHg. Le poids à 60 kg et la taille à 1.55 cm.

L'examen pleuropulmonaire retrouve une diminution de l'ampliation thoracique gauche avec abolition des vibrations vocales et du murmure vésiculaire, une matité au niveau de la moitié inferieure de l'hémithorax gauche. Le reste de l'examen physique révèle un hippocratisme digital.

La radiographie du thorax montre une opacité dense homogène au niveau de la moitié inferieure de l'hémithorax gauche, effaçant le bord gauche du cœur, la coupole diaphragmatique avec comblement des culs de sacs costodiaphragmatique et cardiophrénique à limite supérieure concave en haut et en dedans.

48- Quels sont les examens à demander en priorité ?

1. Recherche de BK dans les crachats
2. Une échographie thoracique NAP 0.50
3. FNS+ hémoculture
4. Une ponction pleurale
5. ECB des crachats

A. 1+4 B1+3 C.1+2 D.3+4 E 4+5

Les résultats vous parviennent : L'échographie thoracique image anechogène au niveau de la cavité pleurale gauche, 3 bacilloscopies négatives. Hémocultures négatives.
FNS : GB à 12.000 elts (N 88%, L 9%, E 1%, M 1%, B 1%), Hb =13g/dl, plaquettes à 240.000 élts/mm^3.
Ponction pleurale : liquide purulent, albumine 54g/l, 90% de polynucléaires altérés, absence de germe à l'examen direct, l'étude cytobactériologique des crachats retrouve une flore polymorphe.

49- Le traitement sera :

A. Amoxilline
B. Amoxicilline + acide clavulanique
C. Oxacilline + gentamycine NAP = 0.33
D. Cephalosporine de 3ème generation
E. Ampicilline + métronidazole

50- Le traitement associé à l'antibiothérapie est :

A. Ponction pleurale évacuatrice
B. Drainage pleural NAP 0.33
C. Kinésithérapie respiratoire de drainage
D. Traitement antalgique
E. fibroscopie aspiration bronchique.

Cas clinique : N° 12

Patient âgé de 28 ans fonctionnaire de profession, fumeur à 8P/A sans antécédents, consulte pour toux sèche avec douleur basithoracique gauche, dyspnée, amaigrissement de 4 Kg et sueurs profuses évoluant depuis o1 mois, traité par amoxiciline 3g /j pendant 10 jours sans amélioration.
L'examen clinique retrouve un malade en état général moyen, avec pâleur cutanéo-muqueuse, la T° à 38°c la FR à 20 cycles/mn, la FC à 90bat/mn, la TA 100 /60mmHg,
L'examen pleuro-pulmonaire retrouve une abolition des vibrations vocales et du murmure vésiculaire avec matité de la moitié inférieure de l' hémithorax gauche, le reste de l'examen somatique est sans anomalies. Le téléthorax de face objective une opacité de la moitié inférieure de l'hémi thorax gauche dense homogène comblant les deux culs de sac costodiaphragmatique et cardiophrénique effaçant l'hémi-coupole diaphragmatique à limite supérieure floue.

51- Quel est le diagnostic à évoquer :

A- Pleuropneumopathie.

B- Atélectasie du lobe inférieur. NAP=0.5

C- Epanchement pleural liquidien.

D- Kyste hydatique.

E- Cancer bronchique

52 - Quel est l'examen à demande pour étayer le diagnostic ?

1. NFS + équilibre leucocytaire
2. Recherche de BK dans les crachats
3. Fibroscopie bronchique. Nap 0 ,5
4. IDR à la tuberculine
5. Ponction pleurale exploratrice.

A 1+2 B 1+3 C 2+4 **D 1+5** E 2+5

Les résultats vous parviennent : NFS : GB : 11000 (N 65 %, 30 % de lymphocytes, 4% d'éosinophiles, 1% de monocytes), La recherche de BK dans les crachats négative. La ponction pleurale: liquide jaune citrin chimie : 45 g/l d'albumine, cytologie : 86% de lymphocytes. IDR à la tuberculine 8 mm. La fibroscopie bronchique : aspect de compression extrinsèque au niveau lobaire inférieure gauche.

53- Pour confirmer le diagnostic vous demandez:

A- Des tubages gastriques

B- une biopsie pleurale NAP =1

C- ECB des crachats

D- une TDM thoracique

E- une échographie abdominale

Cas clinique N° 13

Patient âgé de 64 ans fonctionnaire en retraite, fumeur à raison de 30 P/A, opéré il ya 6 mois pour néoplasie de l'œsophage avec chimiothérapie et radiothérapie associées consulte pour une toux avec expectoration verdâtre fétide avec fièvre évoluant depuis une semaine.
L'examen clinique retrouve un patient en état général altéré, avec paleur cutanée, dyspnée à type de polypneique avec FR à 28 C/mm, la FC à 110 batt/mn, la TA à 120/60 mmHg, la T° à 39 °C.
L'examen pleuropulmonaire retrouve une cicatrice de thoracotomie et des râles polymorphes au niveau de l'hémithorax droit. Le reste de l'examen clinique est normal.
La radiographie du thorax montre une image hydro-aérique de 5 cm de diamètre sus diaphragmatiqiue droite avec une paroi épaisse et un niveau horizontal moyennement situé.

54- Quels sont les examens complémentaires à demander.

A. Radiographie de profil droit.

B. FNS+hémoculture NAP .020

C. ECB des crachats

D. La recherche de BK dans les crachats

E. La sérologie hydatique.

Les examens vous parviennent

Radiographie de profil droit : l'image se projette sur le lobe inferieur droit

FNS : GB à 14. 000 elt/ ml (90% PNN, 8% L, 1% O, 1% M), Hb à10 g/dl, plaquettes à 160.000 elt/ ml. Hémocultures négatives

ECB des crachats : flore polymorphe

La recherche de Bk dans les crachats est négative

La sérologie hydatique. : 1/64[e.]

55- Quel est le diagnostic le plus probable ?

A- Métastase d'un cancer de l'œsophage.

B- Un cancer bronchique

C- Tuberculose pulmonaire

D- Un kyste hydatique

E- Un abcès du poumon NAP 0.33

56- vous complétez votre bilan par :

1. Fibroscopie œsogastroduodénale
2. Fibroscopie bronchique.
3. Echographie abdominale NAP 1
4. Echographie thoracique
5. Refaire une autre bacilloscopie

A 1+2 B1+3 C 2+4 D 3+4 E 4+5

Les résultats vous parviennent : La fibroscopie bronchique : secrétions purulentes provenant de bronche lobaire inferieure droite. Echographie thoracique : image hydroaérique au niveau du lobe inferieur droite Bacilloscopies : négatives

La fibroscopie oesogastruduodénale : présence d'un bourgeon au niveau du tiers inferieur de l'œsophage. Echographie abdominale normale

57- Quel est l'étiologie la plus probable de cette affection ?

A. Fistule oesotrachérale

B. Fausse route.

C. Tumeur du mediastin moyen

D. Kyste hydatique rompu NAP 0,33

E. Pleurésie enkystée

58- le traitement à prescrire est :

1. Une chimiothérapie palliative
2. Chirurgie
3. Traitement antituberculeux
4. Kinésithérapie respiratoire

Double antibiothérapie.

A.1+5 B.2+5 C.3+4 D. 4+5 2+4 NAP 1

59- L'examen anatomo -pathologique d'une biopsie pulmonaire montre une prolifération composée de cellules atypiques agencées en travées, cordons et en amas parfois de cellules claires. Il s'agit plus probablement d'un :

A. Carcinome épidermoïde
B. Adénocarcinome
C. Sarcome
D. Carcinome à petites cellules
E. Carcinome bronchiolo-alvéolaire NAP 0,50

60- Que faudrait –il demander pour confirmer ce diagnostic ?

1. Des renseignements cliniques et radiologiques
2. Un autre prélèvement biopsique de plus grande taille NAP 1
3. Une étude histochimique au bleu alcian pour mettre en évidence les mucines
4. Une étude immunohistochimique
5. Une analyse moléculaire

A : 1, 2 B : 2, 3 C : 1, 5 D : 3, 4 E : 4, 5